

**BAJO PESO AL NACER Y SU RELACION CON LA VIOLENCIA FAMILIAR EN
GESTANTES QUE ASISTEN A LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR A PARTIR DE
JULIO 2016 HASTA JULIO 2017**

INVESTIGADORES

LEYDYS JOHANA CAMPO CANTILLO

PAOLA ANDREA CONEO DE LA OSSA

MARIA VALENTINA GUZMAN CARRASQUILLA

ANDRES CAMILO RUIZ DE ORO

TANIA YISETH VERGARA LOPEZ

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

ELÍAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA.

2016

**BAJO PESO AL NACER Y SU RELACION CON LA VIOLENCIA FAMILIAR EN
GESTANTES QUE ASISTEN A LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR A PARTIR DE
JULIO 2016 HASTA JULIO 2017**

INVESTIGADORES

LEYDYS JOHANA CAMPO CANTILLO

PAOLA ANDREA CONEO DE LA OSSA

MARIA VALENTINA GUZMAN CARRASQUILLA

ANDRES CAMILO RUIZ DE ORO

TANIA YISETH VERGARA LOPEZ

IX

DOCENTE: LUZ MARINA PADILLA

ESCUELA: MEDICINA

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

ELÍAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA.

2016

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

CARTAGENA DE INDIAS D.T.C.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis asesores de proyecto la Dra. Luz Marina Padilla y el Dr. Edgar Gómez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad de conocimiento clínico y científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo del proyecto.

Mi agradecimiento también va dirigidos al departamento científico de la Clínica Cartagena del Mar, por haber aceptado que se realice nuestro proyecto en la institución.

CONTENIDO

	PAG.
1.1 INTRODUCCION	7
1.2 TITULO	8
1.3 EL PROBLEMA	8
1.2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GENERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. JUSTIFICACIÓN	10
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1 ANTECEDENTES	12
4.2 MARCO LEGAL	13
4.3. MARCO TEÓRICO	13
4.4 MARCO CONCEPTUAL	24
4.5 HIPÓTESIS Y SISTEMAS VARIABLES	25
5. METODOLOGÍA	26

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	27
5.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	27
5.3 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	28
5.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	29
6. RESULTADOS ESPERADOS	30
7. PRESUPUESTO	34
8. CRONOGRAMA	35
9. DISCUSION	37
10. CONCLUSION	39
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCION

La violencia en la actualidad se ha convertido en un gran problema de salud pública que se asocian como un factor de riesgo para Morbimortalidad en múltiples patologías relacionadas con todas las áreas de la salud.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Hay muchos tipos de violencia; la autoinflingida interpersonal y la colectiva sea cual sea su origen, el ejercicio de tal acción contra la paciente embarazada ve reflejada su gravedad en el bienestar materno-fetal. Objetivamente podemos identificar con datos cuantificables en el producto de la gestación efectos adversos como el bajo peso en el nacimiento que se define como un peso menor a 2500g independiente de la edad gestacional. Este suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria por alteración del intercambio madre - placenta - feto, como consecuencia una malnutrición intrauterina o retraso en el crecimiento fetal. El bajo peso es un indicador indirecto del estado de salud de la madre asociado con mayor riesgo de óbito fetal y muerte neonatal durante los primeros años de vida, así como de sufrir retraso del crecimiento físico y cognitivo en la infancia temprana.

1.1 BAJO PESO AL NACER Y SU RELACION CON LA VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES QUE ASISTEN A LA CLINICA CARTAGENA DEL MAR A PARTIR DEL PERIODO II-2016

1.2 EL PROBLEMA

1.2.1 Planteamiento del problema

Actualmente en la clínica del mar se están presentando casos de violencia tantas físicas, sexuales y psicológicas en mujeres gestantes que han atentado contra el proceso de gestación que normalmente debería llevar una mujer. Se ha visto evidenciado no solo al momento del parto sino también en los controles prenatales, donde se evidencia el desarrollo fetal, por ende podemos tomar el tema de violencia como un factor determinante en el proceso del desarrollo y crecimiento del neonato.

1.2.2 Formulación del problema.

¿Qué relación hay entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido?

1.2.3 Delimitación del problema

El bajo peso al nacer es una problemática que se presenta de manera habitual en todas las comunidades, al cual siempre se le ha atribuido a solo causas externas a la violencia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Estimar la prevalencia y características de la violencia familiar durante el embarazo y su efecto en los resultados obstétrico y perinatal, así como identificar los factores relacionados.

1.2 Objetivos específicos

- 1 Conocer a través de las historias clínicas datos que demuestren bajo peso al nacer en la Clínica del Mar.
- 2 Describir las características de la población embarazada víctima de violencia familiar que acude para su atención a la Clínica del Mar.
- 3 Analizar los resultados obtenidos.

3. JUSTIFICACIÓN

El bajo peso al nacer es un problema que puede llevar consecuencias a largo y corto plazo ya que los niños con bajo peso al nacer pueden presentar problemas de salud durante su vida, creemos que logrando que los niños tengan un buen peso puedan también tener un buen desarrollo psicomotor.

Además de esto la violencia a la mujer es otro de los problemas comunes que presenta la comunidad, por ello queremos estudiar la relación que existe entre estos dos factores para así contribuir por medio de nuestros conocimientos y nuestro proyecto investigativo un buen trabajo que pueda evitar problemas de sanidad.

Trabajar, entonces, en la relación y prevención de esta condición nos permitirá lograr un impacto significativo en muchos aspectos, fundamentalmente científico y social.

A nivel social se encaminará a mejorar la calidad de vida, no sólo del niño afectado sino de su madre, teniendo en cuenta que esta condición va a afectarla a ella y, en diversos grados de severidad, ya que podría traer como consecuencia limitaciones en su desarrollo social.

A nivel científico, se generarán conocimientos sobre el bajo peso al nacer y todas las complicaciones que trae consigo, lo que permitirá mejorar y ampliar los datos epidemiológicos, los cuales en la actualidad no están muy bien definidos en nuestro medio.

Tenemos la convicción de que gracias a este proyecto se puede disminuir las tasas de bajo peso al nacer con relación a la violencia.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES:

ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS RECIÉN NACIDOS CON PESO IGUAL O MENOR A 1500 GR. DE LA CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO DE CARTAGENA ENTRE ENERO DEL 2.007 HASTA DICIEMBRE DEL 2.008.

Objetivo general: Establecer la tasa de morbimortalidad de los recién nacidos con peso igual o menor de 1500 gramos en la Clínica Maternidad Rafael Calvo. Objetivos específicos 1. Determinar el número total de nacidos vivos y la incidencia de los recién nacidos con muy bajo peso al nacer (RNMBP). 2. Identificar los factores de riesgo materno o las patologías asociadas al embarazo relacionadas con RNMBP. 3. Determinar el sexo y vía del parto más frecuente entre los RNMBP 4. Identificar las patologías más frecuentes en el período postnatal. 5. Analizar los resultados obtenidos

CONCLUSION DEL PROYECTO Se concluye que el Síndrome de dificultad respiratoria por enfermedad de membrana hialina, Síndrome de dificultad respiratoria por neumonía y sepsis son las entidades de morbilidad más frecuentes en esta serie. Debe resaltarse el control prenatal, detección de embarazos de alto riesgo, detección temprana de partos prematuros para prevenir estos nacimientos que cuentan con una altísima morbi-mortalidad. Se necesitan estudios con un mayor número de pacientes, que se puedan seguir en las diferentes instituciones de referencia y en lo que se realice análisis multivariados para poder extrapolar éstos resultados a la población general de la ciudad de Cartagena.

4.2 MARCO LEGAL

Por medio de la Ley 1257 de 2008 “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones” llevaremos a cabo nuestra investigación.

4.3 MARCO TEÓRICO

El crecimiento intrauterino normal es el resultado de la calidad de vida materna, dada por las adecuadas condiciones en su nutrición, salud reproductiva y psicológica; saneamiento básico y ambiental óptimo, vivienda digna, relaciones laborales y remuneración económica, así como, por una división y crecimiento celular desarrollados en condiciones normales. El BPN es definido como un peso al nacer inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional (1).

Es así como, los(as) recién nacidos(as) de bajo peso se dividen en dos tipos:

1. Los(as) prematuros(as), nacidos(as) antes de las 37 semanas de gestación, son más frecuentes en el mundo desarrollado.
2. Los(as) neonatos(as) con retardo del crecimiento intrauterino o malnutrición fetal, nacidos(as) a término con un peso inferior al décimo percentil del peso correspondiente a su edad gestacional, son más comunes en los países en desarrollo.

El tipo I denominado malnutrición fetal crónica o atrofia fetal corresponde a neonatos (simétricos(as) que presentan reducción en su cabeza, talla y peso.

El tipo II denominado malnutrición fetal aguda o emaciación fetal corresponde a los(as) neonatos(as) asimétricos, debido a que el tamaño de la cabeza y la talla son normales, pero el peso es inferior a lo normal en relación con la talla. Fescina demostró que los(as) neonatos(as) con malnutrición fetal crónica, responden generalmente a causas que

irrumpen en épocas tempranas de la gestación (Ej.: alteraciones cromosómicas y rubeola) (Fescina, 1992).

También, estos(as) neonatos(as) obtienen puntuaciones bajas en las pruebas de aptitud mental a los dos años de edad e inferiores a los(as) nacidos(as) con emaciación fetal y en la prueba de desarrollo a los tres años de edad, las puntuaciones son inferiores a las que obtienen los(as) neonatos (as) normales.

El peso, la talla y el perímetro cefálico son inferiores a lo normal hasta los dos años y medio. Además, Neel, en 1991, observó que el crecimiento compensatorio de los(as) niños(as) con atrofia fetal fue escaso o nulo. Los(as) neonatos(as) con malnutrición fetal aguda también, pueden ser consecuencia de noxas que hacen su aparición en el tercer trimestre (Ej.: hipertensión inducida por el embarazo) (Fescina, 1992). En estos neonatos(as) el crecimiento compensatorio es apreciable en cierto grado (Neel, 1992). Estas alteraciones del crecimiento se deben a que las velocidades de crecimiento de los diferentes tejidos no son sincrónicas o lo que es lo mismo, los tejidos tienen su hiperplasia en distintos momentos de la gestación (Low, 1978) (2).

LA VIOLENCIA FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO.

En los últimos años se realizaron algunas investigaciones centradas en la violencia y el embarazo, que han demostrado que es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante la gestación. Más aún, se ha reportado que después de los accidentes vehiculares, la violencia física es la segunda causa de trauma en el embarazo. En las diferentes series internacionales reportadas, la prevalencia de abuso durante la gestación fluctúa entre 1 y 25% según la nacionalidad, el grupo étnico, la cultura, las definiciones

de violencia y los métodos utilizados para medirla. La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas, y se ha observado que, si en la mayor parte de los casos de violencia familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo éstos se dirigen a los senos, abdomen y genitales.

El agresor justifica el acto violento argumentando que el embarazo representa una carga económica, o que fue provocado por otro hombre, o que recibe menos atención, además de que percibe a la mujer más vulnerable o indefensa y menos capaz de tomar represalias o defenderse. Así, la probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer, como en las adolescentes. El área del cuerpo más frecuentemente lesionada en las adolescentes es el abdomen, y en las adultas la cara y la cabeza. Mientras que en las mujeres adultas el principal perpetrador de la violencia es la pareja, en el caso de las adolescentes son: la pareja o ex-pareja, la madre, el padre, o el hermano.

La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas, y falta de apoyo social. Las lesiones físicas y los resultados de éstas incluyen: traumatismo abdominal, rotura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas, hematomas, exacerbación de enfermedades crónicas, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, trabajo de parto pretérmino, rotura de membranas, infecciones de transmisión sexual, infección intraamniótica, hasta la muerte materna.

Además del aborto (espontáneo o provocado) se han reportado otras consecuencias fetales y neonatales de la violencia en el embarazo, que abarcan lesiones fetales intrauterinas, bajo peso al nacimiento, y riesgo elevado de padecer maltrato y de morir en el primer año de vida. Los niños que sobreviven a estos episodios tienen alta probabilidad de ver limitado el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales (3).

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso. Dado que en el mundo en desarrollo, el 58 % de los bebés no se pesan tan pronto como nacen, es muy difícil llevar un control fiable de este indicador vital. Las proporciones más altas corresponden a Asia meridional (74 %) y a África subsahariana (65 %). Aproximadamente uno de cada 12 bebés nace con peso bajo en los Estados Unidos (4).

Panorama Regional

Para el año 2012, en América Latina el índice de bajo peso al nacer se ubica en 8,6%, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 8.0% en Norte América y 15% en Honduras. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61%) en dicha Región. El 85% de todas las muertes neonatales están asociadas

al bajo peso al nacer (≤ 2.499 gramos); las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal. En 2006 la OMS estimó un total de 280.000 muertes perinatales (tasa de 17,3 por mil) en América, de las que alrededor del 45% fueron muertes fetales tardías y 55% (152.000) muertes neonatales precoces. Al analizar los datos para algunos países de Suramérica, Venezuela presenta el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer (10,6%) y Colombia ocupan el segundo lugar con el 9% cifra que se relaciona con la tendencia para nuestro país, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con bajo peso al nacer por cada 1000 nacidos vivos(5).

Tabla No. 1. Bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe 2012

PAISES CON INDICE DE BAJO PESO POR ENCIMA DE LA MEDIA DE AMERICA LATINA	INDICE DE BAJO PESO AL NACER (%)
El Salvador	8.7%
Panamá	8.8%
Colombia	9.0%
Guadalupe	9.4%
Venezuela	10.6%
Guatemala	11.4%
Guyana Francesa	12.3%
Puerto Rico	12.4%
Martinica	12.9%
Honduras	15.0%
PAISES CON INDICE DE BAJO PESO POR DE BAJO DE LA MEDIA DE AMERICA LATINA	INDICE DE BAJO PESO AL NACER (%)
Cuba	5.30%
Chile	5.80%
Perú	6.90%
Costa Rica	7.00%
Argentina	7.20%
República Dominicana	7.20%
Belice	8.30%
Nicaragua	8.30%
Uruguay	8.30%
Brasil	8.40%
Ecuador	8.40%
México	8.50%

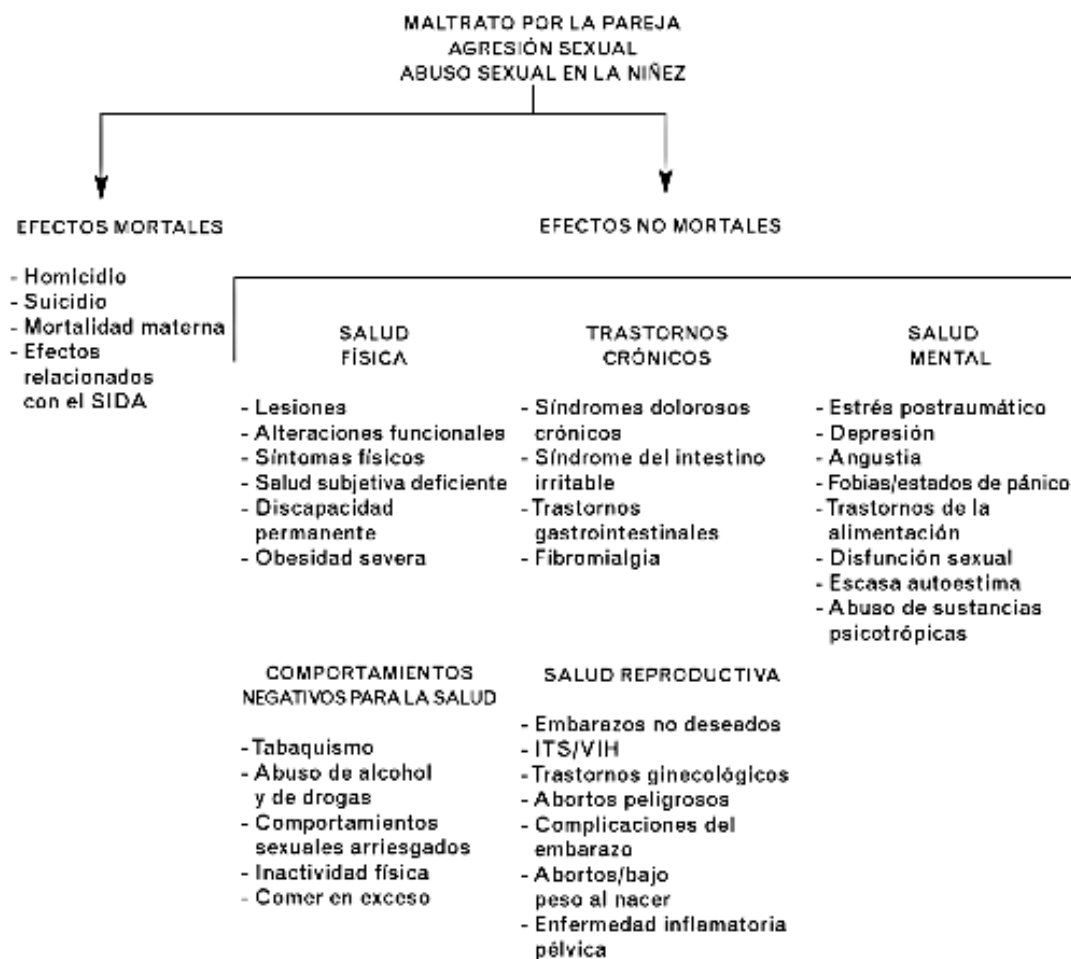
Fuente. PAHO. Health Situation in de Americas Basic Indicators 2012. Disponible en: www.paho.org/rho/

La violencia contra la mujer ejercida por la pareja es una de las manifestaciones más extremas de la desigualdad de género y es una de las principales barreras para el empeoramiento de la mujer.

Por lo tanto, para poder alcanzar la igualdad entre sexo y la autonomía de la mujer es indispensable dar visibilidad a este problema de manera que se puedan diseñar acciones efectivas que permitan erradicarla.

Existen múltiples consecuencias de la violencia, las cuales no solo afectan el bienestar de las mujeres sino también el de los niños que viven en hogares violentos. Por ejemplo la evidencia empírica muestra que las mujeres que sufrieron violencia doméstica durante el embarazo tenían tres veces más complicaciones durante el nacimiento (Valdez y Sanin, 1996). También se ha encontrado una correlación positiva entre la violencia doméstica y bajo peso al nacer (Valladare, 1996).

Más aun el compartimiento violento es en gran parte aprendiendo por parte de victimarios como de víctimas, es decir los niños que presencian violencia tienen más probabilidad de ejercerla y en el caso de las niñas tienen más probabilidad de sufrirla (Huesmann, 1987) (6)



El maltrato físico y sexual afecta la salud reproductiva de las mujeres, ya sea directamente por los riesgos a causa de las relaciones sexuales forzadas o el temor, o indirectamente por los efectos psicológicos que conducen a comportamientos arriesgados. Los niños también pueden sufrir las consecuencias, ya sea durante el embarazo de la madre, o en su propia niñez a causa del descuido o los efectos psicológicos o sobre el desarrollo resultantes de presenciar el maltrato sufrirlo personalmente (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). (7)

Trastornos psicológicos:

Para muchas mujeres son incluso peores las consecuencias psicológicas de la violencia, que las físicas. Muchas de ellas presentan trastornos ansioso-depresivos, confusión, inseguridad, miedo, accesos de llantos, hipervigilancia, ideación suicida, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, disminución de la autoestima.

Una de las pautas de conducta más significativa entre las mujeres de víctimas de malos tratos, es el aislamiento, que el agresor va realizando paulatinamente, separando a la mujer de su familia, actividades, amistades.

Este es uno de los obstáculos que hay que vencer, ayudando a las mujeres a establecer redes de relaciones (grupo de mujeres, actividades...) lo que incidirá directamente en la mejora de salud y bienestar.

El proceso de menoscabo personal, la descalificación continua, en no reconocimiento de sus capacidades y competencias va dando lugar a un ingreso proceso que deriva en baja autoestima.

La mujer ha interiorizado esos mensajes descalificadores de su maltratador, llegando a cuestionar su propia percepción de la realidad, tanto hacia fuera (deja de fiarse de su visión de la situación, creyendo la eversión que le es continuamente repetida), como hacia dentro (ella misma hará una evaluación de si misma negativa y culpabilizadora).

El síndrome de estrés postraumático, define la sintomatología que en muchos casos presentan las mujeres víctimas de violencia. Pueden ser un instrumento diagnóstico útil para definir y clasificar la sintomatología que se presenta en un cuadro definido.

Es el trastorno que aparece tras la experimentación de un acontecimiento traumático (descrito en el DSM-IV), donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, causando síntomas de re-experimentación (pensamientos intrusivos, pesadillas...), evitación (evitación de estímulos que se relacionan con el trauma, disminución de interés por actividades...) y síntomas persistentes de aumento de la activación (hipervigilancia, dificultades con el sueño...) (VILLACICENCIO Y SEBASTIAN, 1999) (8).

Fuentes psicológicas de estrés: La ansiedad y el estrés maternos acusados pueden influir desfavorablemente sobre los resultados del embarazo.

Pueden afectar la salud de la madre, comprometiendo su estado inmunológico y, a asimismo, la del feto aumentando el riesgo de amenaza de parto pretérmino y disminuyendo el peso al nacer (Hedegaard, 199; Hobel et al, 1999)

La violencia doméstica es un problema real cuyo riesgo aumenta durante el embarazo (FVPP, 1999). El abuso físico durante el embarazo aumenta el riesgo de desprendimiento de placenta, parto pretérmino y recién nacido con bajo peso al nacer, probablemente debido a traumatismos abdominales y la posterior lesión de la placenta, infecciones secundarias a relaciones sexuales forzadas o estrés (Furniss,1997) (9)

Asimismo, una vez el feto ha nacido aumenta el riesgo de malos tratos infantiles (Lemmey et al, 2001).

COMPORTAMIENTO BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO (BPNT) A SEMANA 8 DEL AÑO 2015

El objetivo de vigilar el evento bajo peso al nacer a término es identificar los recién nacidos a término, con bajo peso al nacer a fin de evaluar intervenciones inmediatas que minimicen los riesgos de morbilidad o mortalidad asociada a esta condición y establecer la distribución del evento para priorizar su atención como medida de control en salud pública. El evento maneja la siguiente definición de caso: “todo recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea ≤ 2499 gr”. A semana 8 del año 2015 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), 52 casos de bajo peso al nacer a término que residen en el Distrito de Cartagena. En comparación con el año anterior para el mismo periodo se reportó el mismo número de casos de BPNT. La concordancia entre la notificación al SIVIGILA y estadísticas vitales RUAF (registro único de afiliación) al mes de febrero es de 81%. La tasa de incidencia de bajo peso al nacer a término de acuerdo a los nacidos vivos registrados en RUAF en los meses de enero y febrero del año 2015 es de 21 por cada 1000 nacidos vivos. El reporte de los casos de bajo peso al nacer a término a semana 8 del año 2015 tuvo un comportamiento similar al mismo periodo del año 2014. En la semana 1 del año 2015 al igual que en esa misma semana del año anterior se observó un aumento en la notificación de los casos(10).

TABLA 1: bajo peso al nacer a término a semana 8 del año 2015 SIVIGILA, por UPGD que reporta

UPGD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO	14	27%
CLINICA BLAS DE LEZO	9	17%
CLINICA CARTAGENA DEL MAR	9	17%
CENTRO MEDICO CRECER	6	12%
UCI DEL CARIBE SA SANTA CRUZ DE BOCAGRANDE	3	6%
CLINICA GENERAL DEL CARIBE SA	3	6%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA	3	6%
CLINICA SAN JOSE DE TORICES	2	4%
CLINICA MADRE BERNARDA	2	4%
Clínica HIGEA	1	2%
TOTAL	52	100%

Fuente: SIVIGILA 2015

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Embarazo : es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Recién nacido: Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días.

Bajo peso al nacer: El BPN es definido como un peso al nacer inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

Violencia física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

Violencia Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento.

Violencia Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.5. HIPÓTESIS

La violencia familiar es un factor de riesgo obstétrico para la mujer embarazada y su producto porque se relaciona con mayor morbilidad o mortalidad materna o perinatal.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

Método inductivo: Se analizan solo casos particulares, cuyos resultados son tomados para extraer conclusiones de carácter general. A partir de las observaciones sistemáticas de la realidad se descubre la generalización de un hecho y una teoría. Se emplea la observación y la experimentación para llegar a las generalidades de hechos que se repiten una y otra vez.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTREO

Población de referencia: Mujeres en estado de gestación víctimas de violencia.

Población estudio: recién nacidos en la Clínica del mar de la ciudad de Cartagena en el periodo de julio 2016 a julio de 2017

Sujetos de estudio: recién nacidos con bajo peso al nacer en la Clínica Cartagena del mar de la ciudad de Cartagena en el periodo de julio 2016 a julio de 2016.

5.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

a. Criterios de Inclusión

- Mujeres en estado de gestación atendidas en la Clínica Cartagena del Mar.
- Recién Nacidos con Bajo peso al nacer en la Clínica Cartagena del Mar.

- Mujeres en estado de gestación que son víctimas de Violencia Familiar

b. Criterios de Exclusión

- Mujeres en estado de gestación que no asisten a la Clínica Cartagena del Mar
- Recién nacidos con peso normal
- Mujeres que no estén en estado de gestación

5. 2.2 MUESTRA

La presente investigación no posee un diseño muestral dado que se accederá a todos los casos de la Clínica Cartagena del mar con antecedentes de violencia durante el embarazo como recién nacidos de muy bajo peso al nacer relacionado con esto en el período de estudio.

5.2.3 INFORMACION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Administrativa: se solicitó autorización por escrito a las directivas de la Clínica del Mar para acceder a los registros, estadísticas, historias clínicas y notas médicas de las gestantes víctimas de violencia y que hayan dado a luz recién nacidos con muy bajo peso al nacer en el periodo de estudio de julio 2016 y julio de 2016.

Sustantiva: se analizarán las siguientes variables: sexo, número de controles prenatales, factores de riesgo materno, morbilidad asociada a la violencia en recién nacido,

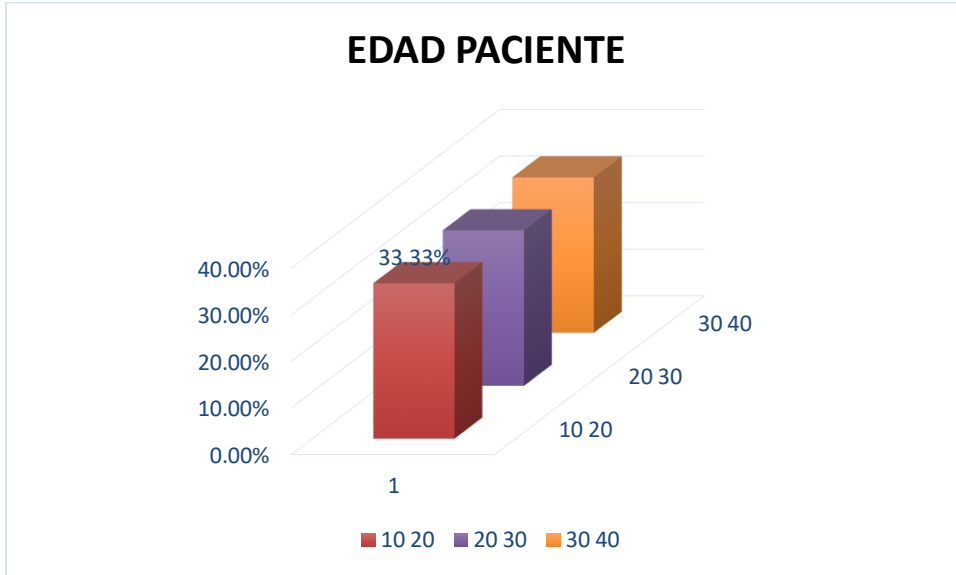
5.3 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

A través de medios de comunicación accesibles para la comunidad daremos a conocer los logros y objetivos del proyecto por medio de publicaciones cada que este avance de manera constante y puntual. Las principales redes sociales serán nuestra mayor herramienta para difundir la información basada en evidencia concisa, como facebook, twitter e instagram que estarán asociados a un blog con entradas catalogadas por actividades y fechas. Otra forma bastante eficaz será la comunicación oral y el uso de afiches en los murales universitarios para brindar información a la sociedad estudiantil y profesorado.

5.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

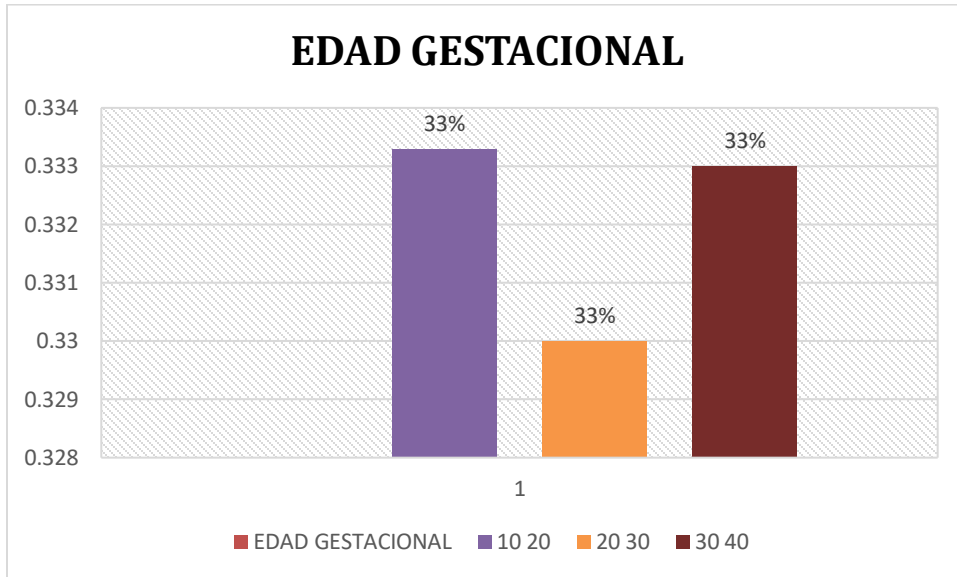
Variable	Propósito del Instrumento	Dimensiones	Indicadores
Bajo peso al nacer	Determinar los recién nacidos con bajo peso al nacer de madres que asisten al CAP de la esperanza	-Nivel de Salud. -Conocimientos de los tipos de bajo peso al nacer	-Estado nutricional -Peso del recién nacido
Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	Identificar Mujeres en pre – postparto que asisten al CAP de la esperanza	-Nivel social -Nivel Emocional - Nivel Mental	-Violencia Física -Violencia Verbal - Violencia Sexual

6. RESULTADOS:



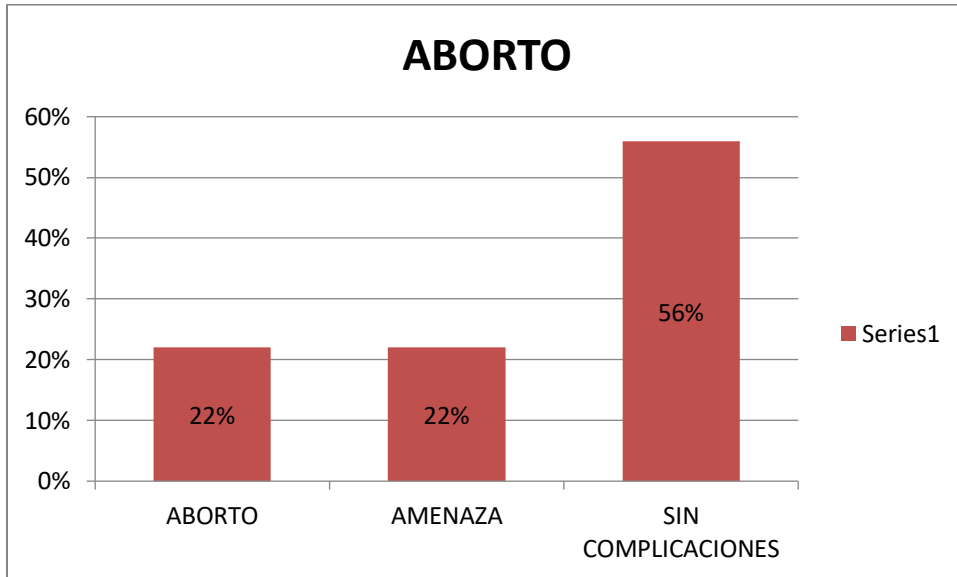
INTERPRETACION GRAFICA #1

La grafica número uno está representando el porcentaje de edades que pudimos encontrar durante el desarrollo de nuestro proyecto, donde los resultados no son muy variables, ya que el rango de edad, los cuales dividimos entre: mujeres de 10 a 20 años, de 20 a 30 años y por último de 30 a 40 años es prácticamente igual.



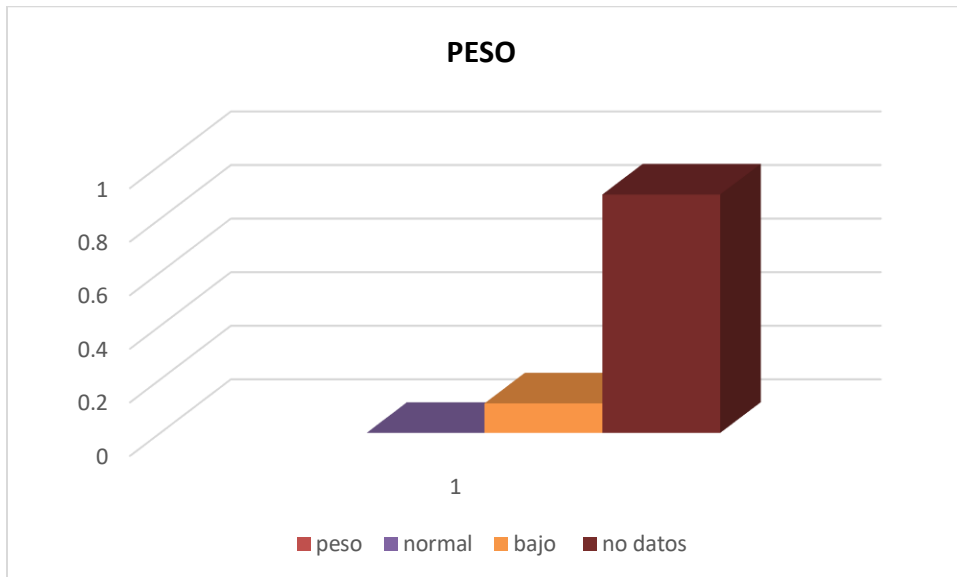
INTERPRETACION GRAFICA #2

En cuanto a la gráfica que representa la edad gestacional de las mujeres que fueron víctimas de violencia, pudimos observar que desde las 10 semanas a la semana 40 es decir la etapa final del embarazo, se presentaron por igual casos relacionados con violencia de cualquier tipo.



INTERPRETACION GRAFICA #3

La grafica del aborto en relación con las mujeres violentadas, notamos que el 22% de los casos se concluyó en aborto, otro 22% de las mujeres presentaron amenaza de aborto. Y el 56% de los casos no se registró presentar ninguno de estos.



INTERPRETACION #4

En relación al peso, los resultados obtenidos fueron muy limitados ya que, si bien los casos de violencia eran registrados en la clínica de estudios, no todos los partos se efectuaron en la misma, por lo cual debemos considerar ampliar nuestro proyecto, los porcentajes obtenidos fueron 11% con bajo peso al nacer, y el 89% no se obtuvieron datos

7. PRESUPUESTO

Servicios	Cantidad	Unidad de medida	Costo Unitario	Total
Fotocopias	72	Unidades	\$100	\$7.200
Impresiones	112	Unidades	\$300	\$33.600
Gastos generales				
Lapiceros	2	Unidades	\$500	\$1.000
Empaste de tesis	2	Unidades	\$40.000	\$80.000
CD's	2	Unidades	\$3.500	\$7.000
Pendón	2	Unidades	\$41.250	\$82.500
Transportes	12	Unidades	\$2.100	\$25.200
Total				\$236.500

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Meses	Septiembre				Octubre				Noviembre			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Duración (semanas)												
Elaboración del proyecto	1												
Realización del Título del proyecto	1												
Elaboración del problema	1												
Realización de los objetivos (generales y específicos)	1												
Elaboración de la justificación	1												
Desarrollo del Marco teórico	1												
Elaboración del Marco Legal	1												
Realización del Marco conceptual	1												
Hipótesis del proyecto	1												
Desarrollo del tipo de metodología	1												
Población y muestreos	1												
Elaboración de los criterios	1												
Operacionalización variables	1												
Desarrollo de las fuentes de información.	1												
Resultados	1												
Realización de los presupuestos	1												
Desarrollo de la discusión	1												

Conclusión	1												
Desarrollo de referencias bibliográficas	1												
Entrega del Proyecto	1												

9. DISCUSIÓN

El bajo peso al nacer en Colombia es actualmente una situación de sutil cuidado en el cual se debe tener en cuenta no solo las causas si no también los factores de riesgo que pueden generar dicha situación como resultado, lo cual nos lleva a una exhaustiva búsqueda por determinar la relación de la violencia en mujeres gestantes como una posible causa y/o factor de riesgo para bajo peso en neonatos, teniendo en cuenta la considerable incidencia de este en nuestro país.

Como se pudo observar en el desarrollo de este proyecto Colombia ocupan el segundo lugar en porcentaje de recién nacidos con bajo peso con el 9%, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con bajo peso al nacer por cada 1000 nacidos vivos. Concomitante a eso, se observa estudio realizado por el SIVIGILA en el cual reporta que la Clínica del Mar, Cartagena Colombia ocupa el segundo puesto con el 17% de casos de recién nacidos vivos con bajo peso en el año 2015 por este hecho consideramos realizar nuestro estudio en dicha clínica.

En general los recién nacidos con bajo peso no solo deben enfrentar los problemas que les desencadenaría in útero tales como desnutrición, mayor riesgo de asfixia, sufrimiento fetal crónico sino también en su periodo neonatal como la inmadurez pulmonar, hemorragia interventricular, infecciones entre otros y durante su vida son pacientes que quedarían con ciertos factores de riesgo incluso durante la adultez.

Vemos la real importancia de no solo encontrar causas y factores de riesgo si no poder tener la capacidad como futuros médicos de poder según la evidencia prevenir este tipo de situaciones

que desencadenarían en un neonato múltiples complejidades que en algunos casos y dependiendo del desarrollo del paciente podrían influir en su calidad de vida.

10. CONCLUSION

Según los resultados encontrados se puede concluir que los casos de violencia registrados no tuvieron una relación considerable con el bajo peso pero si con abortos y amenazas de aborto, también se debe tener en cuenta que es un estudio realizado en una sola clínica de Cartagena por lo cual consideramos que se debe ampliar y no descartar la violencia como factor de riesgo para la presencia de bajo peso al nacer.

BIBLIOGRAFIA

1. Ernesto Espíndola Guillermo Sunkel Andrea Murden Vivian Milosavljevic, Medición multidimensional de la pobreza infantil Una revisión de sus principales componentes teóricos, metodológicos y estadísticos, Publicación de las Naciones Unidas LC/TS.2017/31
2. Hilda Patricia Núñez Rivas Ana Cecilia Morice Trejos, BAJO PESO AL NACER : , UN INDICADOR DE RIESGO BIOLÓGICO y SOCIAL, Tres Ríos, Costa Rica 1999
3. Susana Collado Peña-Luis Alberto Villanueva Egan, Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia, Artículo de revisión Ginecol Obstet Mex 2005;73:250-60
4. Dr. Luis Gustavo García Baños, Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, Rev Cubana 23 de noviembre de 2011
5. Elba Giomar Sichacá Ávila, INFORME FINAL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO, PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA COLOMBIA, 2014.
6. Poner fin a la violencia contra la mujer De las palabras los hechos, Estudio del Secretario General Naciones Unidas.4/25/07
7. Marijke Velzeboer, Organización ,La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud, publicación ocasional No. 12 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003 E. U.A

8. Ana García. Mina Freire, La violencia contra las mujeres en la pareja: claves de análisis y de intervención 2010, UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
9. Rosario Valdez- Santiago, Psic, LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL PESO AL NACER, Salud Publica Mex 1996;38:352-362
10. DIANA PALMETT OVIEDO Profesional Universitario VSP- DADIS ,COMPORTAMIENTO BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO (BPNT) A SEMANA 8 DEL AÑO 2015